

PETICION PARA LA REVISION DE UN PROGRAMA COMENZADO POR INICIATIVA PROPIA (UN SIP) PARA FINES DEL PROGRAMA DE CALWORKS

INSTRUCCIONES: Si usted cree que son pertinentes para usted algunas de las situaciones enumeradas en este formulario, por favor, complete este formulario y devuélvalo al Condado a más tardar el 29 de octubre de 1999. **Si no se presenta este formulario al departamento de bienestar público del condado a más tardar el 29 de octubre de 1999, se negará cualquier reclamación para recibir o volver a recibir beneficios.**

Por favor, escriba con letra de molde o a máquina sus respuestas a continuación:

NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCION		
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	NUMERO DEL CASO	NUMERO DE TELEFONO

Si estaba participando en un programa escolar en el cual usted se inscribió por iniciativa propia (un "SIP"), cuando se le requirió que participara en el Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work* o "WTW") y contesta "SI" a alguna de las preguntas que aparecen a continuación, es posible que usted pueda:

- regresar a la escuela;
- recibir dinero para libros, transporte, y cuidado de niños;
- lograr que se cancele su sanción y recibir asistencia monetaria;
- lograr que su plan de WTW se cambie.

Por favor, conteste las siguientes preguntas sobre su programa escolar (SIP):

NOMBRE DE LA ESCUELA/UNIVERSIDAD (COLLEGE) DONDE PARTICIPABA EN SU PROGRAMA

DIRECCION DE LA ESCUELA/UNIVERSIDAD (COLLEGE) DONDE PARTICIPABA EN SU PROGRAMA

SI NO En cualquier ocasión en o después del primero de enero de 1998:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> | <p>1. ¿se rehusó el Condado a hacer que el programa escolar (SIP) fuera una de sus actividades asignadas para el Programa de WTW de CalWORKs?</p> <p>2. ¿se rehusó el Condado a permitir que usted siguiera participando en su programa escolar (SIP), el cual no se podía aprobar, hasta el fin del trimestre o semestre?</p> <p>3. ¿se negó, acertó, o cambió su programa escolar (SIP) porque no era de tiempo completo o porque no se podía completar dentro del período de 18 ó 24 meses que es lo que requiere el Programa de WTW?</p> <p>4. ¿requirió el Condado que usted aceptara un empleo con horas de trabajo durante las horas de clase de su programa escolar (SIP)?</p> <p>5. ¿se rehusó el Condado a considerar sus horas de trabajo-estudio ("<i>work-study</i>") como parte de sus horas de participación en un SIP para fines del Programa de WTW?</p> <p>6. ¿se rehusó el Condado a considerar como parte de su programa escolar (SIP) las clases que no se requieren (<i>elective courses</i>) pero que sí se pueden usar para completar su grado académico (<i>degree</i>) o las clases particulares (<i>tutorials</i>) diseñadas especialmente para un problema de aprendizaje que se le ha diagnosticado?</p> <p>7. ¿se rehusó el Condado a pagar los servicios de apoyo necesarios mientras que usted estaba participando en el programa escolar o en "<i>work-study</i>"?</p> <p>8. ¿se negaron o redujeron sus servicios de apoyo sin su conformidad porque usted recibió asistencia económica?</p> <p>9. ¿tuvo usted cualquier otro problema con el Condado relacionado a su programa escolar (SIP)? Si su respuesta es "SI", ¿cual fue el problema? _____</p> <p>_____</p> |
|--|--|---|

FIRMA DEL PARTICIPANTE EN UN SIP

FECHA EN QUE FIRMA

NOTA: Una carta que proporciona información sobre la política relacionada a los SIP se puede obtener en la "*web page*" externa del Departamento a: <http://www.dss.cahwnet.gov>. Seleccione "*CDSS Letters and Notices*" y luego, "*All County Letters*". Luego, seleccione "*1999 All County Letters*" y vaya a la carta "*ACL 99-32*".